Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

C. Vollmer

aus Bremen.

Kiel 1914.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

C. Vollmer

aus Bremen.

Kiel 1914.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 62.
Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Lüthje,**
z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einbeitragzurleh0000cvol

In seiner Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten erklärt Griesinger (1) seine Ansicht über die Suicide. Er billigt nicht die Esquirols, der bewiesen zu haben glaubt, „daß der Mensch nur dann sein Leben verkürzen will, wenn er deliriert, und daß die Selbstmörder geisteskrank sind". Er glaubt, daß der Selbstmord nicht immer das Symptom einer psychischen Krankheit sei. „Da ist er es nicht, wo die Stimmung des Lebensüberdrusses in einem gewissen richtigen Verhältnis zu den gegebenen Umständen, zu den äußerlich nachweisbaren, psychischen Ursachen steht, wo der Entschluß frei gefaßt und nach Umständen wieder aufgegeben werden konnte, und kein anderes Zeichen psychischer Erkrankung sich findet". Es sei vielleicht von seiten der Moral anzufechten, wenn jemand den Tod einem im tiefen Elend, in Schande, in stets sich erneuerndem geistigen und körperlichen Leiden hinzubringenden Leben vorzieht; doch liege kein Grund vor, einen solchen für geisteskrank zu halten. Der Widerwille gegen das Leben und der Vorsatz der Selbstvernichtung entspricht der Stärke der widrigen Eindrücke, und die Tat wird mit Besonnenheit beschlossen und vollführt.

Griesinger gibt zu, daß diese Kategorie von Selbstmordfällen nicht sehr häufig ist. Er und andere fanden, daß in den allermeisten Fällen ein nicht mehr physiologischer Zustand des Geistes vorlag. Häufig finden wir die Melancholie und, nach Griesinger, noch häufiger einen der Schwermut nahestehenden Zustand mäßiger, aber allgemeiner schmerzlicher Verstimmung, der auf der Grenze steht zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Es kommt zu diesen Schmerzzuständen, die meist mit Erschöpfung, Kälte, mit Abstumpfung der Gemütsreaktion

zusammenfallen, unter denselben Bedingungen, wie zu den Psychosen. Sie ergeben sich aus einer bestehenden Charakterschwäche und unterscheiden sich wesentlich vom Lebensüberdruß aus genügenden psychischen Ursachen dadurch, daß sie „von innen heraus“ entstehen und keine genügenden psychischen Anlässe zu der Tat vorliegen. Oft tritt deutlich körperliche Krankheit, periodische, psychische, unmotivierte Exazerbation auf, und zuweilen ist Erblichkeit nachweisbar. Wenn der Gedanke an Selbstmord auftritt, so stellen sich keine hemmenden oder beschränkenden Vorstellungen ein, wie bei Gesunden.

Sichel (2) erwähnt in einer Abhandlung über die „Psychopathologie des Selbstmords“, daß H. Stelzner von der Ziehen'schen Klinik die Anamnese von 200 Selbstmörderinnen erhob und diese Selbstmordfälle psychologisch analysierte. Es stellte sich heraus, daß 169 klinisch ausgeprägte Geistesstörungen bestanden, während bei 31 vor und nach der Tat keine Geistesstörung nachzuweisen war. Bei diesen 31 sehen wir jedoch so viele psycho- und neuropathische Züge, „daß es selbst dem psychiatrischen Laien schwer fallen dürfte, gerade diese Fälle als Beweismittel für die Entstehung eines physiologischen Selbstmords in Anspruch zu nehmen“.

Gaupp von der psychiatrischen Klinik in München hat von 124 Selbstmordfällen nur einen für gesund befunden; dies war aber eine gravida im achten Monat; es liegt also nahe, auch in diesem Falle eine Geistesstörung anzunehmen. Sichel beobachtete 268 Patienten an der Klinik des Professors Sioli in Frankfurt a. M., die Selbstmord übten oder versuchten. Er fand, daß meistens Melancholie (senile oder im Klimakterium) und manisch-depressives Irresein die Ursache war. Eine große Rolle spielen der Alkoholismus und die Epilepsie und beide kombiniert: bei Delirien und Angstzuständen kommt es zum Suicid, da die Hemmung der Vollsinnigen zum

Schwinden gebracht wurde. Sehr häufig bestanden Zwangsideen bei Paranoia, z. B. der Patient lebte in ständiger Angst, vergiftet zu werden. Ferner Zwangsideen beim Anblick von Waffen, beim Überschreiten einer Brücke etc., die bei psychopathischen Persönlichkeiten auftreten. In bezug auf diese stimmt er mit Griesinger überein: sie bilden nach seiner Erfahrung ein großes Kontingent der Selbstmörder. Ihnen fehlt das psychische Gleichgewicht, darum leben sie im Zwist mit sich selbst und mit ihrer Umgebung. Sie sind allen Einflüssen von außen zugängig und „ein Spielball ihrer eigenen Launen und Stimmungen".

Psychosen des Seniums geben auch Veranlassung zum Suicid. In diesen Fällen ist es zu verstehen, daß bei dem quälenden Gefühl des Schwindens der geistigen und körperlichen Kräfte sich Lebensüberdruß einstellt. Stelzner sagt, daß man in manchen Fällen an ganz akut auftretende „pathologische Überwertigkeiten" denken müsse, „die einer kurz andauernden Psychose gleichzusetzen sind, für welche die Heilung schon in dem therapeutischen Faktor der heftigen Entladung des Selbstmords liege".

Angeborener Schwachsinn soll nicht häufig Ursache des Suicids sein: es handelt sich meist um leere Drohungen, es wird der Versuch gemacht ohne Erfolg (wie bei den Hysterischen). Die Patienten geben nachher ihrer Freude darüber Ausdruck, daß der Versuch nicht gelang. Der Schwäche des Versuchs entspricht die schwachsinnige Motivierung.

Wir sahen, daß die, wie Griesinger sagt, „der Schwermut nahestehende" traurige Verstimmung, meistens dem Suicid vorangeht. Man spricht von einer traurigen Verstimmung, wenn alle Empfindungsreize und alle Vorstellungen von starken Unlustgefühlen begleitet sind. Nach Binswanger (3) ist die traurige Verstimmung dann als Krankheit zu betrachten, „wenn ein grelles Mißverhältnis zwischen

den gemütlichen Anstößen und der Schwere, resp. Dauer der gemütlichen Depression besteht. Außerdem ist maßgebend der Einfluß, welchen die Stimmungsanomalien auf die Gesamtheit der psychischen Vorgänge, einschl. der Handlungen und auf den körperlichen Zustand gewinnen". Die gemütliche Depression bewirkt, daß die Patienten sich immer wieder traurige Erfahrungen vorstellen. „Es ist eine Art traurigen Zwangsdenkens, in dem die gleichen, mit starken negativen Gefühlstönen erfüllten Erinnerungsfelder immer wieder auftauchen". Dadurch wird die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit des Kranken geschädigt, es kommt zur „Denkhemmung", die sich bei dem Versuch einer Beschäftigung bemerkbar macht, z. B. die Hausfrau wird nicht mehr mit ihrer Wirtschaft fertig. Die Hemmung kann, wie oben erwähnt, eine Folge der Depression sein oder dieselbe Ursache wie diese haben und gleichgeordnet sein, wie bei der Apathie.

Nach der besonderen Art der motorischen Reaktion werden die aus gemütlicher Depression entstandenen Krankheiten unterschieden. Nach Binswanger gibt es:

1. die einfache motorische Hemmung, bei welcher neben dem Ausfall der Mehrzahl oder aller psychomotorischer Impulse eine vollständige Lösung der Körpermuskulatur vorhanden ist;

2. die motorische Hemmung mit Spannungszuständen der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur, die sogenannte katatonische Zustandsform der Melancholie. Um letztere handelt es sich, wie wir sehen werden, in unserem Falle nicht; auch eine einfache motorische Hemmung ist kaum vorhanden. Ein weiteres Symptom für gemütliche Depression sind die motorischen Affektreaktionen. Sie werden bestimmt durch die negative Affektschwankung, die Angst, einem Hauptcharakteristikum der Melancholie, die noch mit psychischen und somatischen Folgeerscheinungen verbunden sein kann. Letztere finden sich häufig lokalisiert

in einzelnen Körpergebieten (Präkordialangst, Kopfangst, Bauchangst usw.). Die Hemmung der Psyche wird infolge des Oppressionsgefühls noch ausgesprochener.

Primäre und sekundäre Wahnbildungen sind der Angst kombiniert: (pr.) die Ursache für die vermeintliche Änderung der Persönlichkeit und der Lebensverhältnisse wird in Vorgängen der Außenwelt gesucht und gefunden, dann kommt es zu Beeinflussungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen; oder (sek.) die Wahnvorstellungen werden erklärt aus der melancholischen Angst, den hypochondrischen Gefühlen, der reizbar ängstlichen Verstimmung, also aus dem körperlichen, geistigen und sittlichen Zustand der eigenen Persönlichkeit, wodurch Kleinheits-, Verarmungs- und Versündigungswahn entstehen. Die oben erwähnten Beeinträchtigungsideen unterscheiden sich von der Paranoia dadurch, daß sie nicht in ein System gebracht werden und sind in der Regel nur vorübergehend. Sie entwickeln sich, z. B. in unserm Falle, aus der Vorstellung heraus, die ganze Umgebung habe etwas gegen sie. „Seine Umgebung, die ganze Welt kommt ihm verändert vor, erscheint ihm in den schwärzesten Farben. Nichts kann in ihm eine freudige Empfindung erwecken, durch alle Ereignisse und Beschäftigungen werden traurige Saiten in seinem Innern angeschlagen". (A. Westphal [3].)

Die quälenden Gedanken lassen dem Patienten auch nachts keine Ruhe, weshalb er unter Schlaflosigkeit zu leiden hat. Die mannigfachen Symptome der schweren Melancholien (Melancholia agitata und Melancholia stupida oder attonita) will ich hier nicht schildern, da es sich bei der zu besprechenden Erkrankung um eine leichtere, einfache Form handelt oder vielmehr um nicht gut ausgeprägte Symptome; nach Westphal ist „eine scharfe Trennung zwischen den Fällen von Melancholia simplex, attonita und agitata nicht durchführbar, da zwischen diesen Stufen die mannigfachsten fließen-

den Übergänge vorkommen. Die Stärke des Angstaffekts, die Intensivität der motorischen Hemmung kann im einzelnen Krankheitsfalle zu verschiedenen Zeiten eine so wechselnde sein, daß die Einreihung des Falles in eine bestimmte Gruppe unmöglich oder willkürlich ist". In unserm, der Melancholie nahestehendem Falle kam es zum Suicidversuch. Ist diese Erkrankung ausgeprägt, so pflegt Suicid nur bei sehr gesteigerten Angstaffekten der Melancholia agitata aufzutreten, die mit Verfolgungs- und Beziehungsvorstellungen einhergeht. Bei unserer Patientin bestand Beziehungswahnsinn: sie war argwöhnisch gegen alles und glaubte in allen Vorgängen geheime, im Einverständnis mit ihren Widersachern gegebene Zeichen zu entdecken. Wenn auch, nach Westphal, in bezug auf die Melancholie im allgemeinen nur nach Angstaffekten (Raptus melancholicus) Suicidversuche auftreten, so sagt er wiederum, daß man die Gefahr des Selbstmordes kaum jemals in einem Falle von Melancholie „mit einiger Sicherheit" ausschließen könne.

Es sei hier einiges eingefügt über die Ursachen der Melancholie, die auch für die damit verwandten erwähnten traurigen Verstimmungen gelten.

Krafft-Ebing (4) sieht die Ursache der melancholischen Delirien in der veränderten Selbstempfindung, doch können sie auch nach ihm durch direkte Erregung vorstellender Bezirke der Hirnrinde primär entstehen. Die Ätiologie der Melancholie ist nach Ziehen und Villinger (5) in 50 bis 70 % Heredität und psychopathische Konstitution. Dies sagt auch Westphal von einer „erheblichen Anzahl". Daneben kommen nach Schott von den „sogenannten exogenen oder akzessorischen Ursachen der Melancholie einerseits Gemütsbewegungen, andererseits körperliche Erkrankungen, sowie verschiedene Geschlechtsperioden des Weibes, wie Pubertät, Schwangerschaft, Partus, Wochenbett mit Laktation und Klimakterium als

ätiologische Faktoren in Betracht". Siemerling (6) fand Melancholie in ca. 12,5 % der Fälle bei Gravidität und Puerperium entstanden. Nach Villinger, Schott und Ziehen (6) fällt auf die ländliche Bevölkerung ein wesentlich höherer Prozentsatz von Melancholieerkrankungen, als auf die städtische, und erkranken die Frauen ungefähr dreimal so häufig wie die Männer.

Im Anschluß an diese Ausführungen sei es mir nun gestattet, zunächst die Krankengeschichte der älteren Patientin hier anzuführen; es kommen Umstände darin vor, die bestimmend sind für eine Depression, die teilweise dem oben geschilderten Bilde einer leichten Melancholie entsprechen, aber die typischen Symptome (Angst, Hemmung, Gemütsstumpfheit, Verarmungswahn) nicht aufkommen ließen. Ebenfalls bringe ich die Krankengeschichte ihrer Tochter, weil sie damit zusammenhängt. Letztere wird im Anschluß daran kritisch betrachtet werden. Beide kamen in der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel zur Beobachtung.

Anamnese der Frau Maria L., geb. 9. 6. 1865, abgegeben von dem mit ihr auf einem Gute angestellten Wirtschaftsfräulein K.:

20. 1. 13. Beide Patientinnen sollen früher ganz gesund gewesen sein. Die Mutter erschien stets unauffällig, soll ein Unterleibsleiden haben. Nicht leicht aufgeregt, erschien sie aber seit einiger Zeit leicht beleidigt, meinte, jeder Mensch setze sie zurück, wolle sie seit einiger Zeit beleidigen. In der vorigen Woche hatte sie eine Meinungsverschiedenheit mit Frau Dr. (Gutsherrin), darüber soll sie sich aufgeregt haben. Heute morgen beschloß sie gegen 5 Uhr, sich mit ihren beiden Kindern durch Elektrizität zu töten, wollte einen hochgespannten Strom im Elektrizitätswerk berühren; sie öffnete mit einem Beil das Schloß zum Werke.

Nur weil die kleine Tochter sie anflehte, es nicht zu tun, habe sie es unterlassen. Dem Verwalter habe sie einen Zettel hinterlassen, aus dem die Suicidabsicht hervorging. Da jedoch der Strom ausgeschaltet war, kamen Mutter und Kinder bald zurück. Auf dem Wege hierher erzählte sie: wenn sie von hier entlassen würde, wolle sie sich doch das Leben nehmen. Sie war sehr verstimmt und traurig und weinte den ganzen Morgen, weil sie meinte, sie würde zurückgesetzt. Sie soll schon seit einiger Zeit traurig sein.

Anamnese, abgegeben von Frau Dr. K. am 21. 1.: Die ältere Patientin (Frau L.) machte einen vertrauenerweckenden Eindruck, erschien manchmal etwas unsicher, ängstlich. Sie fühlte sich in der letzten Zeit einsam und unsicher; es schien, als ob, allerdings nur leichte, Unstimmigkeiten in der Wirtschaft herrschten. Weihnachten soll sie beim Überreichen der Geschenke ein unfreundliches Gesicht gemacht haben. Die Patientin weiß angeblich, daß sie wegen ihres Unterleibsleidens unrettbar verloren ist. Vor sechs Tagen war Ref. bei der Patientin. An diesem Tage machte sie einen unsicheren, ängstlichen Eindruck. Es schien Ref. nicht alles in Ordnung zu sein. Am Freitag war Ref. wieder da, redete mit der Patientin über die Anwesenheit der Tochter. Darüber erschien die Patientin sehr gekränkt und schimpfte: das Weihnachtsgeschenk, das sie bekommen habe, könne sie sich alleine kaufen, wollte kündigen, ließ sich nicht zureden. Ref. glaubt, daß die Tochter, die ziemlich leichtsinnig sei, ihre Stellungen oft wechsele und ziemlich frech sei, ihrer Mutter gesagt habe, sie brauche es sich nicht gefallen zu lassen. Am Schluß der Unterredung sagte Frau L.: „Frau Doktor, Sie werden noch von mir hören.“ Die Patientin soll dem Verwalter erzählt haben, ihre Kinder bekämen 90000 Mk., das sei sicher nicht wahr. Außerdem behauptete sie dem Verwalter gegenüber, die

Sparkassenbücher verbrannt zu haben; Ref. glaubt auch das nicht. Die Patientin hat gekündigt.

Schon am Sonntagabend hat sie vorgehabt, sich am Hochstrom vor 11 Uhr zu töten, aber die Kleine hatte es solange hingezogen, bis der Strom abgestellt war. Auf dem Zettel an den Verwalter stand: „Packen Sie uns so fort, wie Sie uns finden."

Angaben der Tochter und des Kindes: Die Mutter sei einige Zeit (besonders Weihnachten) verstimmt, habe in der letzten Zeit viel geweint, sich leicht geärgert. Sie schrieb der Tochter dann sofort Briefe. Sie habe viel Kummer gehabt. Die Stimmung habe gewechselt. In den letzten Jahren reizbar. Sie habe sich zurückgesetzt gefühlt. Die Vorwürfe seitens der Herrin habe sie sich zu sehr zu Herzen genommen.

Status am 20. 1. 13:

Frau Maria L. wird von einer Begleiterin zur Aufnahme gebracht und nach einigem Widerstreben zur Abteilung geführt. Sie liegt ruhig im Bett.

Gewicht 83,0 kg.

Größe 1,61 m.

Temperatur 36,9°.

Mittelkräftiger Knochenbau, ziemlich straffe Muskulatur, guter Ernährungszustand, fliehende Stirn. Schädel auf Beklopfen nicht empfindlich.

Längs-Querdurchmesser und Umfang 17 : 13¾ : 54.

Pupillen mittelweit, gleichmäßig rund.

R./L. + +.

R./C. + +.

Augenbewegungen frei; gesunde Gesichtsfarbe.

Facialisinnervation symmetrisch.

Zunge kommt gerade heraus, nicht zittrig.

Gaumenbögen gleichmäßig.

Würgreflex fast 0.

Keine Sprachstörungen.

Keine Struma.

Motilität der Arme frei.

Reflexe der oberen Extremitäten positiv, ganz leichter Tremor; mechanische Muskelerregbarkeit ohne Befund.

Vasomotorisches Nachröten ziemlich lebhaft.

Kniephänomen nicht erhöht.

Achillessehnenreflexe schwach positiv, kein Romberg, Gang o. B.

Zehen plantar.

Auf dem Fußrücken (l.) ausgebreitetes, flächenhaftes Ekzem, das schuppt und etwas sezerniert.

Puls 96, regelmäßig.

Arterienrohr weich.

Herztöne rein.

Lungen o. B.

Leib nirgends druckempfindlich, etwas aufgetrieben, weich.

Leber nicht vergrößert. Überall tympanitischer Schall.

Die Patientin machte ihre Angaben vollständig geordnet, Aufforderungen befolgt sie sinngemäß. Auf Befragen: Heredität negiert. Sie sei selbst früher immer gesund gewesen. Sie sei nicht besonders empfindsam gewesen. Auf der Schule hat sie gut gelernt, mit 25 Jahren geheiratet. Ihr Mann sei vor drei Jahren gestorben. Er war hier in der Klinik und dann in Schleswig (Paral.). Der Mann hatte eine Landstelle. Nach dessen Tode wurde sie Wirtschafterin auf D. Früher habe sie sich mit der Herrin immer gut vertragen.

1909 wurde sie in der Frauenklinik in Kiel operiert (Professor Höhne); ein Stück des Uterus wurde wegen Carcinoms weggenommen, wie ihr Prof. Höhne sagte. Die Stimmung veränderte sich damals nicht; sie habe sich ganz wohl gefühlt. Keine Beschwerden seitens des Unterleibs; sie hatte vor einem halben Jahre Schmerzen

und sollte wieder operiert werden, wollte aber nicht. Die Schmerzen haben sich ganz gegeben. Kein Fluor.

Nun habe sie ihre Herrin vor 8 Tagen beleidigt, ihre Tochter sei bei ihr (Patientin) zu Besuch gewesen. Frau Dr. habe sich erkundigt, ob die Tochter bei ihr äße und habe ihr Vorwürfe deshalb gemacht. Auch über die Wirtschaft seien ihr Vorwürfe gemacht worden. Sie habe sich das so zu Gemüte genommen. Es scheine, als ob Frau Dr. sie jetzt absichtlich schlecht behandele, warum, wisse sie nicht. Sie bemerkte, daß über sie gesprochen worden sei von anderen Leuten. Sie habe sich so beleidigt gefühlt, daß sie nicht mehr leben wollte. Sie habe wohl daran gedacht, daß es Sünde sei, aber es sei auch nicht leicht für eine alleinstehende Frau, „da gehen alle mit Füßen drüber her". Sie habe keinen Schutz, keinen Beistand, und da werde man eben schlecht behandelt. Sie befürchte, wenn sie in eine andere Stellung ginge, würde es ihr ebenso ergehen; darum habe sie keine Lust mehr zu leben.

Vor 4—5 Tagen entstand der Entschluß zum Tode.

Sie habe auch in der Nacht über ihren Ärger immer nachgrübeln müssen. Von Anfang an sei der Entschluß bei ihr fest gewesen, gemeinsam mit den Kindern in den Tod zu gehen. Lieber wollte sie sie in den Tod mitnehmen, als alleinlassen in dieser schlechten Welt. Als Waisenkinder würden sie doch auch umhergestoßen werden.

Vor diesem Ärger ist sie angeblich nicht lebensmüde und verstimmt gewesen, hat sich ganz wohl gefühlt. Auch nachher, wie sie den Entschluß gefaßt habe, sei sie garnicht besonders weinerlich und traurig gewesen, eher froh darüber, daß ihre Kinder mit ihr gehen wollten. Ihre ältere Tochter sei gleich damit einverstanden gewesen, habe gesagt: „Mutter, wenn Du willst, gehe ich mit". Gleich habe sie beschlossen, sich durch Elektrizität zu töten, weil dies der schnellste Tod sei. Es habe bisher nie

so recht gepaßt, gestern zuerst seien sie allein gewesen, aber die Kleine habe keinen Mut gehabt, die Bibel geholt und ihr die Sünde vorgehalten (Lacrimae). Sie habe, als sie schon ins Elektrizitätswerk eingebrochen gewesen sei, die Mutter angefleht, es zu lassen, bis sie schließlich nachgegeben habe. Abgestellt sei das Elektrizitätswerk nicht gewesen.

Zu Fräulein K. habe sie gesagt, sie wollte nicht hier bleiben; das Leben wollte sie sich jetzt aber nicht mehr nehmen. Es sei wohl möglich, daß es Unsinn war, vielleicht wäre es aber doch wohl das beste gewesen. Sie verzichte jedenfalls gern auf das Leben.

Die Patientin machte eigentlich keinen verstimmten Eindruck, zeigte keine Hemmung. Das Gedächtnis hat angeblich nicht abgenommen. Bei einigen Fragen muß sie sich etwas lange besinnen. Sie gibt zu, über die Krankheit des Mannes viel Kummer gehabt zu haben. Menopause seit der gynäkologischen Operation.

21. 1. 13. Augenuntersuchung:

Augenspiegelbefund regelrecht.

Augenbewegungen frei.

Pupillen gleichweit und rund.

R./L. + +.

R./C. + +.

Gynäkologische Untersuchung (Dr. Langes):

Rechts an der Beckenwand eine gut apfelgroße, sehr harte Resistenz, die breitbasig dem Knochen aufsitzt, über dem sich aber die Scheidennarbe gut verschieben läßt.

Diagnose: Carcinomrezidiv im rechten Parametrium; inoperabel.

20. 1. 13:

Die Patientin befindet sich dauernd in vergnügtem und unauffälligem Zustande. Als ihr von ihrer Dienstherrin verkündet wird, daß sie nach dem Gute nicht mehr zurückkäme und sich eine andere Stellung suchen müsse, ist

sie zwar etwas überrascht, gedrückt, nachdenklich, pathologische Affektabweichungen traten aber nicht auf.

26. 1. Geheilt entlassen.

Pflegerbericht:

20. 1. Die Patientin kam mittags zur Aufnahme und ging ruhig zur Abteilung und nach dem Bade ins Bett. Wenig geschlafen, klagte über Zahnschmerzen.

21. 1. Die Patientin steht etwas auf, ist guter, vergnügter Stimmung, hat gut geschlafen.

22. Ebenso. Sie hatte Besuch, unterhielt sich gut.

23.—25. Unverändert gut.

Fräulein Auguste L., geb. 26. 3. 92, ledig. Beruf: Stütze.

Sie war früher an dem A.-Krankenhause zu K. tätig. Antwort der Oberin auf eine Anfrage von hier: sie sei nicht Lehrschwester, sondern junges Mädchen gewesen und sei wegen Unsauberkeit und Untauglichkeit entlassen worden.

Am 20. 1. 13 wurde sie von der Gutsherrschaft mit ihrer Mutter zusammen geschickt.

Sie liegt ruhig im Bett.

Größe 1,5 m.

Gewicht 65,9 kg.

Temperatur 36,8 °.

Auf der Schule sei sie bis zur I. Klasse gekommen, habe immer gut gelernt (?), sei immer gesund gewesen. Leicht erregbar, keine Krämpfe.

Stimmung gut.

Nach der Schulzeit als Stütze auf Gütern. Sie habe sich immer wohl gefühlt, nie Krämpfe gehabt. Zurzeit ist sie zu Besuch bei der Mutter, wo sie keinen Ärger gehabt haben will.

Seit dem 14. Jahre Menses, vor 4 Tagen zum letzten Male (zu Ende); zu Besuch seit 4 Tagen. Vor 4 Tagen habe ihre Mutter Differenzen mit ihrer Dienstherrin gehabt. Frau Dr. sei etwas kurz gewesen, ihre Mutter habe sich übertrieben darüber geärgert und habe bei sich geäußert, sich das Leben nehmen zu wollen. Die Mutter habe die Kinder gefragt, ob sie mit in den Tod gehen wollten. Die Tochter machte anfangs Einwendungen, sei selbst nicht traurig gewesen, habe aber gemeint, die Mutter sei das Einzige, das man habe, und man könne das darum ruhig tun. Sie habe sich wohl gedacht, daß es Sünde sei, es werde ihnen aber vielleicht verziehen, weil sie mit dem Vater viel Kummer gehabt hätten und der Bruder leichtsinnig sei (zur See), wo, wisse sie nicht. Ihr wurde dann ängstlich zumute, sie habe in den letzten Nächten nicht geschlafen wegen des Planes. Vor dem Sterben hätte sie wohl Angst, aber nicht vor dem, was nachher kommen könne. Sie und ihre Schwester waren traurig, wollten gerne am Leben bleiben. Sie hätten wohl nach der Mutter Tode noch viel Kummer zu erwarten gehabt. Die kleine Schwester sei kränklich und schwach. Sie selbst sei wohl niemals zu dem Entschlusse gekommen, sich etwas anzutun, nur auf die Autorität ihrer Mutter hin. Die kleine Schwester habe nicht allein abgeraten, erst als sie zu zweien gewesen seien, hätten sie sich die Sache anders überlegt. Patientin weiß nicht, wie der Zugang (zum Elektrizitätswerk) geöffnet worden sei. — „Wir haben heute nacht im Bett lange über den Selbstmord gesprochen, ganz ruhig". Um 5 Uhr morgens gingen sie zum Elektrizitätswerk, gingen hinein, aber es fiel ihnen schwer, sie hatten keinen Mut. Die Dynamomaschine sei im Gang gewesen. Nach 5 Minuten hatten sie es sich anders überlegt. Patientin sagte: „Mutter laß mal, nicht tun". — Sie gingen nach Hause in die Wohnung der Mutter und waren alle drei froh, daß sie lebten.

Die Mutter hatte einen Zettel in die Schublade des Verwalters gesteckt. — Die drei gingen ruhig zur Arbeit und dachten nicht mehr darüber nach. Da kam der Pastor aus F. und sprach mit ihnen. Jetzt könne sie sich es selber nicht mehr erklären.

Die Patientin ist jetzt ganz munter, will nicht bleiben, sondern in Stellung gehen. — Auf Befragen: „Bewahre, nein, das soll mir nicht mehr einfallen". Jetzt sei ihr unglücklich zumute, daß sie hier sein müsse. Sie werde aber doch wohl gut schlafen; die kleine Schwester würde Angst haben und sie sehr vermissen. Ihre Gedanken seien in Ordnung, auch heute. Sie könne gut behalten. Die Stimmung sei im ganzen gleichmäßig. Der Aufenthalt hier ist ihr unheimlich: „Wenn ich nun mein Ehrenwort gebe, — meine Mutter darf wohl auch bald heraus". Wesen etwas infantil: „In den letzten Tagen habe ich noch großartig gegessen, habe gestern noch getanzt im Dorfe". — Kindliche Heiterkeit.

„7 × 19 gleich: ach, 8 × 19 gleich — —; 8 × 10 = 70; 7 × 9: ja, ich habe das Einmaleins etwas verlernt". Resultat kommt nicht zustande. „8 × 13: na, ich habe es, ich weiß es genau, kann es nur nicht sagen. 6 × 12 = 120; 6 × 8 = —; 2 × 2 = 4; 5 × 6 = 30; 6 × 8 = 6 × 8 = 32 . . . 38 nee, ich kann es nicht". Vorwärts und rückwärts bis 20 geht gut.

Monate rückwärts: 12—11—10—9—6—7—5—3—4—.

Fluß, Teich (Unterschied) +.

Zweig, Kind +.

Irrtum, Lüge +.

Geiz, Sparsamkeit: „Geiz ist etwas sich entziehen".

Eisenbahnunglück ohne schlimme Folgen: „44 Personen tot" (negativ).

„Habe drei Brüder: Paul, Ernst und ich" (negativ).

Gesundes, kräftig gebautes Mädchen, Schädel nicht klopfempfindlich.

Die Pupillen gut mittelweit.
R./L. + +.
R./C. + +.
Facialisinnervation symmetrisch.
Sprache o. B.
Motilität der Arme frei.
Zunge nicht zittrig.
Kniephänomen + +.
Romberg nicht vorhanden.
Puls 88, regelmäßig.
Kein Husten.
Herztöne rein. Lungen o. B.
Urin: Alb. und Sacch. — —.

Die Patientin sieht unverhältnismäßig jung aus, als sei sie höchstens 16 Jahre.

21. 1. Augenuntersuchung:
Lidspalten gleich weit; Augenbewegungen frei.
R./L. + +.
R./C. + +.
Pupillen gleichweit, mittelweit, rund.

Papillen beiderseits etwas blaß, Grenzen scharf, Gefäße regelrecht.

22. 1. Gute Stimmung.

23. 1. Die Patientin macht einen heiteren, sorglosen, etwas unbekümmerten Eindruck. Auf Befragen gibt sie an, nach der Schulzeit immer in Stellung gewesen zu sein. Ein Jahr zu Hause, dann ein halbes Jahr bei einem Onkel in O., dann als Wärterin in N. 1½ Jahr (überlegt lange:) „und dann bin ich . . . bei Großmutter gewesen in Pl.“ Dort sei sie 1¾ Jahr gewesen; und dann bei einem Gutsbesitzer in Z. als Stütze, dort acht Monate; sie sei fortgegangen, weil der Bruder ihr vorgeschwätzt habe, sie solle mit ihm zur See fahren und kochen. Im November vorigen Jahres sei sie nach Rio de Janeiro gekommen, von Eng-

land aus, am 3. 11. Von welchem Orte aus, wisse sie nicht. Der Bruder sei auf dem Dampfer Steuermann gewesen. Zu welcher Linie der Dampfer gehöre und wann sie in Rio angekommen sei, wisse sie nicht mehr. Es sei ein Passagierdampfer gewesen, „meist nur Passagiere I. Klasse", und sie sei in der Küche beschäftigt gewesen. In Rio sei sie nur einige Tage geblieben. Sie sei in der Stadt gewesen, habe schöne Bauten aus grauem Stein gesehen, hübsche Alleen mit Palmbäumen, Mulatten, weiter keine Menschen; viel sei sie nicht an Land gewesen. Sie sei durch den englischen Kanal gefahren, durch welche Meere, wisse sie nicht. Sie sei immer sehr beschäftigt gewesen, auch seekrank. Der Kapitän heiße S. und sei ein guter Freund ihres Bruders. Das Schiff heiße L . . . . Dann sei sie wieder nach England gekommen, gleich nach dem Bahnhofe und mit der Eisenbahn über „Vlissingen" nach Hamburg gefahren. Sie sei fünf Tage lang auf der Bahn gewesen von England bis Hamburg, letzten Donnerstag sei sie in Hamburg angekommen, dort sei der Bruder weggelaufen.

Jetzt wolle sie zu Frau G. zurück; sie habe mit ihr immer korrespondiert, auch von der Mutter aus ihr geschrieben; sie solle am 23. zu ihr kommen. Von Neustadt sei sie fortgegangen, weil sie nicht mehr dort bleiben sollte, die Mutter wollte es nicht. (Ob hier im Krankenhause angestellt gewesen?) „Ach ja, da bin ich auch gewesen mit 17 Jahren als Schwesterschülerin". Es habe ihr aber nicht gefallen. Die Oberschwester habe es nicht gut mit ihr gemeint, sie sei 1¾ Jahr dort gewesen. Konfirmiert mit 14 Jahren.

(Die Mutter bestätigt, daß die Patientin im November in Südamerika gewesen ist, sie sei kürzlich erst wiedergekommen. Nach der Konfirmation sei ihre Tochter 1½ Jahr zu Hause gewesen, dann bei fremden Leuten: Krankenpflegerin in Neustadt, Gesellschafterin bei Frau R.;

erst auf direktes Befragen: „Ach ja, im Krankenhause zu K. ist sie gewesen, aber nicht als Pflegerin, als junges Mädchen".)

Die Patientin ist vergnügter Stimmung. Geheilt entlassen.

Bevor ich über die Erkrankung der Mutter kritisch berichte, möchte ich einiges über die Art ihrer Einwirkung auf die Tochter ausführen. Wir können in bezug auf die Tochter von einer „folie imposée" sprechen. Diese Bezeichnung stammt von Marandon de Monteyl (7).

Nach ihm bedeutet folie imposée, daß ein Geisteskranker einer ihm nahestehenden Person seine Wahnideen einpflanzt, daß diese jedoch nur solange bestehen, wie der Einfluß des Kranken dauert. Bei einer Trennung wird der sekundär Erkrankte gesunden. Nicht in Betracht kommt die folie simultanée: gleichzeitige Erkrankung zweier Individuen durch die gleiche Ursache und die folie communiquée: der Zweiterkrankte teilt nicht nur den Wahn des ersten, sondern bildet ihn selbständig aus. Dieses würde das „induzierte Irresein" anderer Autoren sein; z. B. unterscheiden Lehmann und Jörger (8) zwei Formen von induziertem Irresein:

1. durch psychischen Eindruck,
2. durch Implantation von Wahnideen (Paranoia).

Nach ihnen besteht also nicht nur längere Einwirkung von Geisteskranken auf den bis dahin Gesunden, sondern es sind auch „Emotionspsychosen" dahin gerechnet, akute, durch eine plötzliche heftige Gemütsbewegung entstandene Erkrankungen, die schnell wieder abklingen oder unheilbar sind. Dann würde es sich eigentlich nicht um eine Induktion handeln, die Krankheit wäre auch unter anderen Bedingungen entstanden.

C. Werner (9) sagt: „daß der Ausbruch einer Psychose nicht die Hauptsache oder das vorzügliche ur-

sächliche Moment zur Psychose eines anderen, sondern nur Gelegenheitsursache war und somit eine ähnliche Wirkung hatte, wie beispielsweise ein plötzlicher Schreck, wie Kummer und Sorge". In unserem Falle wurde eine Psychose der Tochter durch die Depression der Mutter nicht hervorgerufen, denn sie gibt die übermäßige traurige Stimmung der Mutter, die sich die Worte der Umgebung allzusehr zu Herzen nähme, zu; kann sich nicht erklären, warum sie mitsterben sollte und zeigt aus ihren Äußerungen, daß sie nur infolge ihrer geringen Selbständigkeit und Charakterschwäche die Aufforderungen der Mutter befolgen wollte. Zur Zeit des Suicids glaubte sie der Mutter, es sei unerträglich, „in dieser schlechten Welt" zu leben, man habe zuviel zu dulden. Vorher (sie hatte „noch großartig gegessen und getanzt") und sofort nachher, besonders nach der Trennung von der Mutter, zeigt sich ihr sorgloser, heiterer Sinn wieder. Darum glaube ich, daß trotz des Suicidversuchs bei der Tochter keine Psychose bestand, kein induziertes Irresein; höchstens die obenerwähnte folie imposée, von der Schönfeldt (10) sagt, daß, wenn nach Trennung der beiden Kranken der psychisch infizierte Teil alsbald seine Wahnideen aufgäbe, von einem eigentlichen Irresein nicht die Rede sein könne. Das trifft in diesem Falle zu; vor allem, da auch die Mutter schon nach kurzer Zeit von ihrer Erkrankung geheilt wurde. Hätte bei der Mutter eine chronische Paranoia bestanden, so würde sich wohl, wie Jörger (s. o.) sagt, infolge des längeren Einwirkens der aktiven Person auf die passive, der Zustand der folie imposée in eine folie communiquée umgewandelt haben, das dargebotene System würde fixiert worden sein. In diesem Falle würde es sich um wirkliches „induziertes Irresein" handeln. Die ätiologischen Momente hierfür sind ähnlich denen für eine zeitweise Beeinflussung eines Individuums mit labiler Psyche, wie der Tochter, die hier zur Behandlung kam. Statt der

wohl nicht ausgeprägten psychopathischen Disposition besteht hier Debilität, außerdem besteht Blutsverwandtschaft, die nach Wollenberg (11) auch bei dem induzierten Irresein besonders häufig besteht. Der Umstand, daß es sich um Frauen handelt, ist ebenfalls charakteristisch: Jörger sagt: „Es ist das leicht zu begreifen, wenn man bedenkt, daß das Gemüt des Weibes erregbarer ist, als das männliche und geneigter zu geistiger Sympathie."

Im Status der Tochter wurde erwähnt, daß die Menses gerade in die Zeit des Suicidversuches fielen. Aus den bisherigen Ausführungen über den geistigen Zustand des jungen Mädchens ging hervor, daß es sich nicht um eine Psychose im Sinne des induzierten Irreseins handelt. Es kann auch keine menstruale Psychose in Betracht kommen. Die Patientin ist früher nie psychisch erkrankt und menstruiert schon seit 7 Jahren. Es könnte also nur eine Ovulationspsychose als einmaliger Anfall vorliegen, bei der nur einige Zeit vor der Menstruation dem Bilde der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit entsprechende Symptome auftreten. Auguste L. war während der Zeit vor der Menstruation vollkommen normal.

Während der traurigen Verstimmtheit ihrer Mutter und beim Conamen suicidii war sie ganz ruhig, garnicht verwirrt. Sie berichtete noch am selben Tage vernünftig über die Begebenheiten der letzten Zeiten. Es zeigt sich nur ihre Kritiklosigkeit gegenüber der mütterlichen Beeinflussung: sie sei selbst nicht traurig gewesen, habe aber gemeint, die Mutter sei das Einzige, das man habe und darum könne man es ruhig tun. — Weil sie noch gerne am Leben bleiben wollte, sei sie traurig geworden. Sie erwähnt den Kummer, den sie und ihre Mutter durch den kranken Vater und den leichtsinnigen Bruder hätten erdulden müssen, und der nach dem Tode der Mutter wegen der kränklichen Schwester

noch ihrer warten würde, doch „sie selbst sei wohl nie zum Entschlusse gekommen, sich etwas anzutun“, nur auf die Autorität ihrer Mutter hin.

Der Eindruck des Suicidversuchs ist schnell bei ihr verwischt, sie erscheint klar, freundlich, heiter und sorglos, nur zu kindlich für ihr Alter. Körperlich ist sie gut ausgebildet, doch ist ihre geistige Begabung, vor allem das Gedächtnis minimal. Es geht aus dem Rechnen und vor allem aus der Schilderung ihrer Reise (s. o. die Reise von England nach Hamburg) hervor.

Nach ihrem eigenen und dem Pflegerberichte ist ihre Stimmung, ihr Appetit und Schlaf immer gut gewesen.

Es kann wohl nunmehr keinen Zweifel darüber geben, daß Auguste L. geistig gesund war. Sie ist geistig wenig begabt und etwas infantil geblieben. Es besteht ein labiles Gefühlsleben, Debilität, die das Mädchen überempfänglich machte für die Beinflussung durch die Mutter, so daß es zu einem Zustande bei ihr kam, der der obengeschilderten „folie imposée“ entspricht. Eine Geisteskrankheit bestand jedoch nicht. Ihr Zustand kommt dem sehr nahe, was A. Hoche (12) über den Schwachsinn schreibt: Bei ihr ist mangelhaft entwickelt „die beim erwachsenen Geistesgesunden vorhandene Fähigkeit, auf verstandesmäßigem Wege die zu Gemütsbewegungen Anlaß gebenden Erlebnisse auf ihre wirkliche Bedeutung hin zu prüfen, an festen inneren Maßstäben zu messen, Kontrastvorstellungen zu wecken und dadurch das gemütliche Gleichgewicht wieder herzustellen“. Es wäre aber zu weit gegangen, wenn man bei ihr von Imbezillität reden wollte.

Es sei nun einiges von der Vorstellung der beiden Patientinnen in der Vorlesung des Herrn Geheimrat Siemerling angeführt, das die Ausführungen über die Tochter bestätigt und weitere Wahrzeichen für die Art der Erkrankung der Mutter bringt.

20. 1. 1913, am Tage des Suicidversuchs. Die Mutter erzählt den Hergang genau wie in der Krankengeschichte mit weinerlicher Stimme. Scheint noch ziemlich unter dem Eindrucke des Suicids zu stehen. „Ich wollte jetzt doch nicht davongehen und meine Kinder zurücklassen" (auf die Frage, ob sie jetzt noch suicidieren wolle). An das Carcinoma uteri habe sie zuweilen gedacht, sei aber nicht dadurch mit zum Suicid veranlaßt worden. Bestreitet, in der letzten Zeit besonders gereizt und empfindlich gewesen zu sein.

Tochter: „Ich wollte nicht alleine sein in der Welt". — Zeichen besonderer Verstimmung an beiden sind bei der Aufnahme nicht beobachtet worden. Die Tochter erkundigt sich mit lächelnder Miene, ob sie nicht bald fortkönne. Die Mutter sei seit Weihnachten abnorm verstimmt.

Hierzu erinnere ich zunächst an die primären und sekundären Wahnbildungen bei depressiven Zuständen, von denen oben die Rede war. Beide kommen bei Melancholie vor, doch sind die sekundären geradezu charakteristisch für diese Krankheit: sie werden erklärt aus der primär bestehenden Angst (s. o.), es stellt sich das Gefühl der „inneren Leere" ein, z. B. vermag die Mutter ihre Kinder nicht mehr mit der früheren Zärtlichkeit zu lieben. Die innere Erkaltung führt zu Selbstvorwürfen, und das Gefühl der „subjektiven Insuffizienz" wird als selbstverschuldeter Fehler empfunden, so daß sich Versündigungs-, Verarmungsideen etc. bilden. Aus dem, was die Mutter sagt, geht hervor, daß sie keineswegs das Gefühl der Zärtlichkeit für ihre Kinder verloren hat. Statt der Äußerungen des Verarmungswahns, erzählte sie dem Verwalter, ihre Kinder bekämen 90000 Mk. mit. Angst findet sich wohl, aber Hemmung eigentlich garnicht, so daß von einer ausgesprochenen Melancholie nicht die Rede sein kann. Aus der Anamnese der Personen ihrer Umgebung geht hervor, daß sie in den letzten Wochen sehr gereizt

und in trauriger Stimmung gewesen ist. Nach dem, was die Patientin erleben mußte, ist dies eigentlich zu verstehen: ihr Mann starb nach langer Erkrankung an der progressiven Paralyse, nach der Aussage der Tochter soll der Sohn ihnen durch Leichtsinn Kummer bereitet haben, sie selbst leidet an einem inoperablen Carcinom, dessen bösartige Natur ihr, nach der Aussage der Gutsherrin, bekannt ist. Unter diesen Umständen entstand eine traurige Verstimmung und unwillkürliche Unzufriedenheit mit ihrer Umgebung: sie fühlte sich einsam, unsicher und ängstlich und war bei den geringsten Anlässen gekränkt. Die Gereiztheit nahm zu und es kam zum Beziehungswahn: sie bemerkte, daß von anderen Leuten über sie gesprochen wurde. Auch des Nachts mußte sie über ihren Ärger nachgrübeln und konnte nicht schlafen: „sie habe keinen Schutz, alle gingen mit Füßen drüber her". So bemächtigte sich ihrer eine Depression, infolge derer sie anfing zu erwägen, ob es nicht das beste wäre, allen diesen Leiden ein Ende zu machen. Ein geringer Anlaß machte diesen Gedanken zum festen Entschluß, der, wenn auch eine psychische Emotion vorlag, mit voller, vernünftiger Überlegung, nach längerer Vorbereitung ausgeführt wurde.

Es muß noch in Erwägung gezogen werden, ob ihre Art des Handelns auf eine Psychose deutet, die durch Intoxikation von seiten des seit Jahren bestehenden Carcinoms hätte zustande kommen können. Es sollen ja ähnliche Ursachen bei der Entstehung der Melancholie in Frage kommen. Z. B. hält Watson sie für die Äußerung einer Autointoxikation, während Andere Infektionskrankheiten, Diabetes, Arteriosklerose, Veränderungen des Hglb. Gehalts und der Zahl der roten Blutkörperchen als pathologisch-anatomischen Befund anführen. Es wäre also daran zu denken, ob eine Intoxikation seitens des Carcinoms für den vorliegenden Depressionszustand in Betracht kommen kann, oder ob dieses nur,

wie oben geschildert, durch das Bewußtsein seiner Unheilbarkeit zu dessen Entstehung beitrug.

Elzholz (13) berichtet über mehrere Fälle von Carcinom, „bei denen sub finem vitae Psychosen zum Ausdruck kamen". Es handelte sich bei diesen um halluzinatorische Verwirrtheit, die mit einem apathischen Zustand oder mit Amnesie endigten. Auch depressive Verstimmungen mit Tobsuchtsanfällen kamen vor; es folgte schnelle geistige Erschöpfung. In einem Falle von Sänger (14) machte der Patient einen dementen Eindruck, war desorientiert über Zeit und Ort. Bei anderen stehen wieder Delirien und Halluzinationen im Vordergrunde. Siemerling (15) berichtet über eine 50jährige Frau, der 3 Jahre bevor sie der Kieler Nervenklinik wegen wirrer Reden überwiesen wurde, die linke Mamma wegen Carcinom entfernt worden war. Es herrschte zunächst euphorische Stimmung, dann trat starke Somnolenz auf. Diese wechselte mit Verwirrtheitszuständen und Halluzinationen.

Die Fälle mögen genügen, um zu beweisen, daß eine Carcinomkachexie direkt nicht für die psychische Erkrankung unserer Patientin in Betracht kommt. Ängstliche, traurige Verstimmung mit Selbstmordversuch sind allerdings auch dabei beobachtet worden, doch fehlen in unserem Falle die oben angeführten gröberen Symptome einer Intoxikationspsychose. Es erinnerte auch körperlich wenig an der Patientin daran, daß sie in kurzer Zeit schon an Kachexie zugrunde gehen müßte. Es würde also nur das drückende Bewußtsein ihrer Unheilbarkeit mit Ursache ihres Depressionszustandes sein. Sie selbst stellt auch dieses in Abrede: ihre Stimmung habe sich nach der Operation und später nicht geändert, da sie keine Beschwerden gehabt habe, die Schmerzen sich gegeben hätten. Vor dem Ärger sei sie nicht lebensmüde gewesen, habe sich ganz wohl gefühlt.

Vergegenwärtigen wir uns nochmals, was vor der Erwägung einer Carcinompsychose über Frau L. berichtet wurde, so wird uns eine weitere Bestätigung dafür, daß es sich um keine ausgesprochene Geisteskrankheit, sondern nur um eine Annäherung an eine solche, melancholischer Art, handelt, eine Äußerung der Patientin geben, die sie schon am zweiten Tage ihrer Aufnahme machte: „Es ist wohl möglich, daß es Unsinn war (der Suicidversuch), vielleicht wäre es aber doch das Beste gewesen. Ich verzichte jedenfalls gern auf das Leben.“ Mit Ausnahme des ersten Tages hat sie immer gut geschlafen, hatte guten Appetit, war nicht mehr verstimmt. Hemmung wurde nie beobachtet und wegen dauernd vergnügten, unauffälligen Zustandes konnte sie schon am sechsten Tage nach der Aufnahme als geheilt entlassen werden.

Von der Tochter glaube ich bewiesen zu haben, daß sie schuldlos ein Conamen suicidii zu begehen im Begriffe stand, trotzdem sie nicht geisteskrank war. Von der Mutter gilt das erstere ebenfalls; doch war der Geisteszustand, in dem sie sich zur Zeit des Suicidversuchs befand, auf der Grenze zwischen müder, abgehetzter, gereizter, jedoch nicht pathologischer Gemütsverfassung und den Anfängen einer melancholischen Depression. Wenn man ihren Kummer um die Angehörigen in Betracht zieht und annehmen will, daß die ganze Aussichtslosigkeit ihres körperlichen Zustandes ihr bekannt war, was sie ja selbst nicht zugibt, aber von ihrer Herrin ausgesagt wurde, und dabei ihr überlegtes Handeln berücksichtigt, so könnte man denken, daß hier den Griesingerschen Anforderungen an das Zustandekommen des physiologischen Selbstmords, die in der Einleitung erwähnt wurden, entsprochen wurde. Dann würde sie allerdings, nach meiner Meinung, ihre Kinder wohl nicht zum Suicid überredet, vielmehr anders für sie gesorgt haben. Daß sie es tat, spricht, ebenso wie

die eigene Aussage über die mangelnde Erkenntnis ihres Leidens, wie die Wahnideen, die noch bleibende geringe Ursache ihres Suicids, für eine pathologische Verstimmung mit außerordentlich schnellem, günstigem Krankheitsverlauf. Wir könnten daher eine „von innen heraus" entstandene Erkrankung annehmen, wie Griesinger sie beobachtete bei charakterschwachen, meist allerdings psychopathischen (wofür hier wenig Belege sind) Individuen, bei denen keine genügenden psychischen Anlässe zum Suicid vorliegen. Bei diesen Psychopathen treten keine hemmenden und beschränkenden Gedanken ein, wenn der Gedanke an den Selbstmord auftritt; so war es auch bei Frau L. und ihrer Tochter. Es wurden in der Einleitung Fälle erwähnt, bei denen man, nach Stelzner (s. o.), an eine akut auftretende „pathologische Überwertigkeit" denken müsse, die kurz andauernden Psychosen gleichzusetzen sind, für welche die Heilung schon in dem therapeutischen Faktor der heftigen Entladung des Selbstmords liege. Dies glaube ich auch von den beiden besprochenen Patientinnen sagen zu können.

Auch an dieser Stelle sei es mir gestattet, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Überlassung der Krankengeschichten meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Griesinger: „Die Schwermut mit Äußerungen von Zerstörungstrieben". Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Braunschweig 1871.
2. M. Sichel: „Zur Pathologie des Selbstmords". Deutsche med. Wochenschrift 1911, Nr. 10, pag. 445.
3. Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1911. O. Binswanger: „Die krankhaften Störungen des Gefühlslebens". A. Westphal: „Die Melancholie".
4. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Auflage. Stuttgart 1903.
5. A. Schott: „Beitrag zur Lehre von der Melancholie". Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Berlin 1913. Band 36, pag. 819.
6. Siemerling: „Graviditäts- und Puerperalpsychosen". Münch. med. Wochenschr. 1904, pag. 457.
7. Marandon de Montyel: „Contributions à l'étude de la folie à deux". Ann. med. psych. 1881, VI. Série 5, 6, pag. 28.
8. Lehmann: „Zur Casuistik des induzierten Irreseins". Archiv für Psychiatrie. Bd. XIV, pag. 145. Jörger: „Das induzierte Irresein". Zeitschrift für Psych., Bd. XLV, pag. 307.
9. C. Werner: „Über die sog. psych. Contagion". Zeitschrift für Psychiatrie 1888, XLIV, pag. 399.
10. Schönfeld: „Über das induzierte Irresein" (folie communiquée). Archiv für Psychiatrie, Band XXVI, pag. 202.
11. Wollenberg: „Über psychische Infektion". Archiv für Psychiatrie, Band XX, pag. 62.
12. Hoche: „Die Imbezillität". Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. Jena 1911.
13. Elzholz: „Über Psychosen bei Carcinomkachexie". Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie 1898. Band 17, pag. 144.
14. Sänger: „Über Hirnsymptome bei Carcinomatose". Neurologisches Zentralblatt 1901, Nr. 23, pag. 1086.
15. Siemerling: „Zur Symptomatologie und Therapie der Kleinhirntumoren". Berliner klinische Wochenschrift 1908, Nr. 13 und 14, pag. 633 und 700.

Lebenslauf.

Ich, Carl Vollmer, kathol. Konfession, wurde am 16. April 1887 in Bremen geboren. Hier besuchte ich die Oberrealschule, deren Zeugnis der Reife ich Ostern 1907 erhielt. Darauf widmete ich mich dem Studium der Medizin in Münster i. W., München und wieder in Münster i. W. Ostern 1909 bestand ich die Prüfung für Obersekundareife im Lateinischen am Realgymnasium zu Vegesack und Ende des Wintersemesters 1909/10 die ärztliche Vorprüfung zu Münster i. W. Darauf genügte ich der Militärpflicht im Sommer 1910 in Würzburg.

Dann folgte ein klinisches Semester in Leipzig. In den übrigen studierte ich in Kiel. Hier bestand ich Anfang Mai 1913 das Staatsexamen. Seit dem 1. Juni bin ich Medizinalpraktikant am städtischen Krankenhause zu Bremen.